



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Zudem möchten wir Ihnen Ihren Aufenthalt und die Behandlung in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus.

Diese Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Falls Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung haben, helfen wir Ihnen gerne.

Persönliche Daten

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Anschrift

Zahnzusatzversicherung

Bei Privatversicherung

Standardtarif

Basistarif

kein Basis/Standard Tarif

Beihilfe

Tel. privat

Tel. tagsüber

Tel. mobil

E-mail

Beruf

Name Hausarzt

Tel. Hausarzt

Für Ihren 1. Besuch: Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Falls über Dritte versichert: Name, Vorname Versicherter

Geburtsdatum Versicherter

Zahnmedizinische Fragen

ja nein

1. Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich geröntgt? Datum (ungefähr)

2. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten oder ist Ihnen eine Parodontoseerkrankung bekannt?.....

Falls ja, seit wann (etwa)?

Falls ja, gab es eine Vorbehandlung?.....

3. Haben Sie Erfahrungen mit örtlichen Betäubungen beim Zahnarzt und vertragen Sie diese gut?.....

4. Wünschen Sie ggf. eine örtliche Betäubung? **Bitte beachten Sie:** Örtliche Betäubungen haben zur Folge, dass Sie 1 Std. nicht und 24 Std. eingeschränkt fahrtüchtig sind!.....

5. Hatten Sie innerhalb der letzten 2 Jahre umfangreichere zahnärztliche Behandlungen?.....

Falls ja, weswegen?

7. Haben Sie zu hohen Blutdruck?.....
oder zu niedrigen Blutdruck?.....

8. Haben Sie eine Allergie?.....

Falls ja, wogegen?

Haben Sie einen Allergiepass?.....

9. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

keine

10. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?.....

Falls ja, welche?

11. Haben oder hatten Sie eine Blutgerinnungsstörung, Bluterkrankung oder neigen Sie zu „blauen Flecken“ bzw. langem Nachbluten?.....

12. Besteht eine Schwangerschaft oder befinden Sie sich in der Stillzeit?.....

Allgemeinmedizinische Fragen

6. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?.....

Falls ja, welcher Art?

Bitte wenden...



13. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?
- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Zuckerkrankheit (Diabetes) Typ: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung/Asthma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nervenerkrankung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung/Gelbsucht.....
(z.B. Hepatitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma/rheumatisches Fieber..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magen-Darm-Erkrankung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Immunschwäche (z.B. AIDS)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endokarditis.....
(Herzinnenhautentzündung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Infektionskrankheiten.....
(z.B. Tuberkulose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Augenerkrankungen.....
(z.B. Grüner Star, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ohrenerkrankungen.....
(z.B. Druck, Tinnitus, Schwindel) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 14. Bestehen oder bestanden sonstige nicht aufgeführte Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, welche?
<input type="text"/> | | |
| 15. Befinden Sie sich derzeit in medizinischer Behandlung?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, weswegen?
<input type="text"/> | | |
| 16. Rauchen Sie?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Recall

Dürfen wir Ihnen dabei helfen, an regelmäßige Kontrolltermine zu denken?..... ja nein

Wir möchten Ihre Behandlung in Ruhe und mit Sorgfalt durchführen. In der für Sie reservierten Zeit wird für Ihren Behandler kein weiterer Termin vergeben. Um diesen Service zu gewährleisten, bitten wir um die Einhaltung vereinbarter Termine.

Falls es Ihnen nicht möglich sein sollte, einen Termin wahrnehmen zu können, bitten wir um rechtzeitige Absage - mindestens 48 Stunden vorher. Selbstverständlich finden wir für Sie einen neuen Termin.

Wir erlauben uns den Hinweis, dass wir bei zu kurzfristiger Terminabsage oder nicht eingehaltenen Terminen 25 Euro je angefangene 30 Minuten in Rechnung stellen werden.

Datum

Ihre Unterschrift